

Prevenzione e management odontoiatrico

dei pazienti oncologici a rischio di osteonecrosi delle ossa mascellari da farmaci

G. Campisi*, R. Mauceri*, A. Bedogni**, V. Fusco***, O. Di Fede*, V. Panzarella*

* Settore di ricerca in Medicina orale, Dip. discipline chirurgiche, oncologiche e stomatologiche, Università degli Studi di Palermo, Palermo; Centro PROMaF Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo

** Regional Center for Prevention, Diagnosis and Treatment of Medication and Radiation-related Bone Diseases of the Head and Neck, University of Padua, Padova

*** SC Oncologia, ASO Alessandria

< pagina 1



Quasi **zen**dodonzia. SonicLine per una endodonzia precisa e sicura.

Punte SonicLine per Endodonzia: La forza è nel controllo. Le punte a vibrazione sonora a invasività minimale, dalla SF66 alla SF70, sono indicate per la preparazione ortograde della cavità d'accesso. L'effetto cavitazionale della punta a vibrazione sonora SF65

incrementa l'effetto pulente nel sistema dei canali radicolari. Per la preparazione della cavità retrograda è possibile scegliere tra sette punte a vibrazione sonora a doppio angolo che consentono una visuale insuperata del sito chirurgico.

La classe di farmaci più frequentemente associata al rischio di ONJ è rappresentata dai bisfosfonati (in particolare amino-bisfosfonati o Nitrogen-containing BisPhosphate/NBP) e, recentemente, da denosumab (anticorpo monoclonale)³⁻⁶. Tali farmaci, caratterizzati da una prevalente azione anti-riassorbitiva nei confronti del metabolismo osseo trovano largo impiego per la prevenzione e il trattamento di lesioni scheletriche in pazienti con patologia onco-ematologica e per la cura di patologie osteometaboliche, prevalentemente osteoporosi primaria o secondaria. In questo articolo ci occuperemo solo di pazienti con patologia onco-ematologica. Oltre ai farmaci con azione anti-riassorbitiva, in questa ultima categoria di pazienti sono stati riportati casi di ONJ associati ad altri farmaci con prevalente attività anti-angiogenetica, quali: Bevacizumab e Aflibercept (farmaci anti-VEGF)⁷, Sunitinib, Sorafenib, Cabozantinib e Regorafenib (inibitori delle Tirosin-Kinasi/TKIs)^{8,9}, Everolimus e Temsirolimus (inibitori mTOR/mammalian target of rapamycin)¹⁰. Questi farmaci sono utilizzati per la prevenzione e il trattamento di differenti neoplasie metastatiche, hanno dimostrato potenzialità eziopatogenetiche nei confronti di ONJ, sia in mono-somministrazione che, più di frequente, in associazione ai BP, e sono destinati a grande utilizzo in futuro.

Tra i farmaci anti-riassorbitivi, i BP sono ancora i più utilizzati in formulazioni invasive (e.v.) e per dosi cumulative/tempi elevati (con conseguente maggiore concentrazione nel compartimento osseo), esponendo tali soggetti a un maggiore rischio d'insorgenza di ONJ anche per l'azione sinergica di altri fattori di rischio fortemente associati alla patologia. Tra i fattori di rischio sistemici annoveriamo i trattamenti con farmaci chemioterapici e/o steroidei e la presenza di co-morbidità favorenti (ad esempio, diabete, anemia, immunosoppressione)¹¹⁻¹³. Mentre tra i fattori di rischio locali troviamo: la presenza di patologia infiammatoria dento-parodontale, le procedure chirurgiche dento-alveolare e l'utilizzo di dispositivi protesici incongrui (ad attività lesiva nei confronti della barriera meccanica mucosale)¹²⁻¹⁴.

> pagina 13

< pagina 12

La presenza di diversi fattori di rischio nei pazienti oncologici li rende esposti a un rischio totale di ONJ compreso tra 0,2% e il 6,7%^{3,15}. Pertanto, in questo gruppo di pazienti l'approccio preventivo deve iniziare ancor prima della somministrazione del farmaco associato al rischio di ONJ e deve proseguire regolarmente per tutta la durata del trattamento, attraverso l'azione sinergica di diverse figure professionali tra cui l'odontoiatra (gestione delle problematiche orali e loro prevenzione), l'onco-ematologo (gestione della patologia di base) e il medico curante e/o altri specialisti (gestione del dolore e delle comorbidità).

In particolare, l'odontoiatra ha progressivamente assunto negli anni un ruolo fondamentale non solo nella diagnosi precoce di ONJ, attraverso l'intercettazione dei segni clinico-radiologici precoci della malattia, ma soprattutto nella sua prevenzione. È ampiamente documentato come l'incidenza di ONJ sia fortemente correlata a fattori di rischio locali. Tali condizioni, influiscono sul profilo di rischio del paziente oncologico e devono, pertanto, essere opportunamente gestite dallo specialista della salute orale.

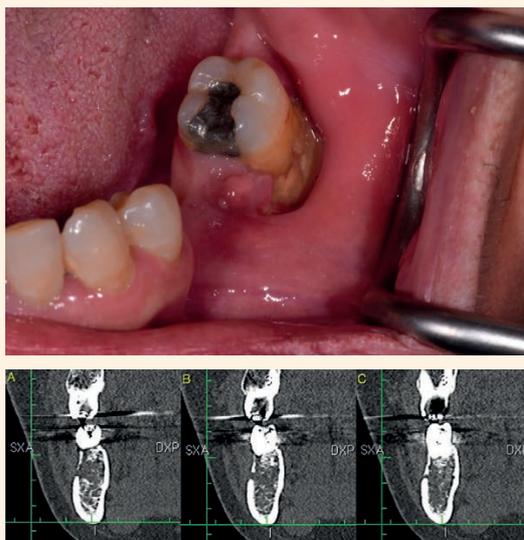
Gestione odontoiatrica del paziente oncologico a rischio di ONJ

La gestione odontoiatrica dei pazienti oncologici a rischio di ONJ prevede innanzitutto una distinzione fra due categorie di soggetti a rischio: pazienti in attesa di iniziare il trattamento; e pazienti in corso di trattamento con farmaci anti-riassorbitivi e/o anti-angiogenetici ONJ-relati¹¹. Per la prima categoria, le strategie preventive si basano sull'eliminazione dei fattori di rischio locali (quindi solo prevenzione primaria); per la seconda gli approcci preventivi sono di tipo sia primario sia secondario, ovvero riguardano non solo l'eliminazione dei fattori di rischio locali ma anche l'intercettazione di tutti i segni clinici e radiologici associati agli stadi precoci di malattia (diagnosi precoce).

Infine approfondiremo il management ad hoc delle patologie odontoiatriche, da risolvere sia prima dell'assunzione dei farmaci che durante e dopo la stessa; tale management è sempre finalizzato al raggiungimento/mantenimento di un adeguato stato di salute dento-parodontale^{11-14,16}. Inoltre, va specificato che le procedure odontoiatriche vengono divise in tre categorie: 1) "indicate", in quanto necessarie per ridurre il rischio di ONJ; 2) "possibili", ovvero con rischio tendenzialmente basso ed eseguite a scopo elettivo; 3) "controindicate", ossia con rischio alto e/o benefici inconsistenti.

a. Prevenzione primaria

Sia nel paziente in pre-terapia che in corso di terapia, le misure preventive primarie si basano sulla promozione di un buono stato di salute orale, con la programmazione di sedute d'igiene orale professionale, la



Figg. 1a, 1b - Paziente in terapia con Denosumab per 8 cicli in seguito a riscontro di metastasi ossee da carcinoma mammario. Clinica: presenza di esposizione di osso alveolare a livello dell'elemento 3.7. Radiologia: alla TC in proiezione coronale si osserva area di osteolisi diffusa con area di sequestrazione del processo alveolare.

comunicazione di corrette istruzioni per il mantenimento domiciliare e la validazione clinico-strumentale dello status di salute dento-parodontale (compresa la congruità dei restauri conservativi e dei restauri protesici fissi e mobili presenti) in tutto il periodo pre-, durante e post-assunzione dei farmaci associati a ONJ^{11,12,16-18}.

In caso di riscontro di patologie odontoiatriche in atto in pazienti in pre-terapia, queste andranno risolte sempre prima dell'assunzione di farmaci ONJ-relati; a meno che la terapia con farmaci associati a ONJ non sia improcrastinabile, in quel caso si attueranno gli stessi protocolli dei pazienti già in terapia. Sia le procedure chirurgiche che quelle non chirurgiche atte all'eliminazione di focolai infettivi sono classificate come "indicate" e teoricamente esenti da complicanze post-operatorie nei pazienti che ancora non assumono farmaci ONJ-relati. Va precisato che dopo trattamenti invasivi (ovverosia, avulsioni dentarie semplici o complesse, chi-

rurgia parodontale o endodonzia chirurgica) bisognerebbe attendere la completa guarigione ossea prima dell'inizio della terapia farmacologica (4-6 settimane)¹⁷. Qualora la terapia farmacologica non sia programmabile dopo la completa guarigione dei siti chirurgici, le procedure chirurgiche prevedono gli stessi accorgimenti del paziente già esposto a farmaci associati a ONJ; devono essere quindi eseguite sotto profilassi antibiotica a largo spettro e andrà sempre ricercata la guarigione del sito chirurgico per prima intenzione attraverso l'esecuzione di lembi mucoperiosteali a spessore totale, anche nel caso di estrazioni semplici (si veda protocollo PROMaF al link <http://www.policlinico.pa.it/portal/index.php?option=displaypage&Itemid=264&op=page&SubMenu=19>)^{19,21}.

b. Prevenzione secondaria

Si attua nei pazienti già in corso di trattamento con farmaci anti-riassorbitivi e/o anti-angiogenetici ONJ-relati, ed è necessario intercettare tutti i segni clinici e radiologici, primari e



Fig. 2a-2c - Paziente in trattamento con acido zoledronico in seguito a diagnosi di mieloma multiplo. Clinica: presenza di fistola mucosa nel V sestante, in assenza di suppurazione, e di esposizione ossea associata a fistola mucosa nel IV. Radiologia: all'esame OPT si evidenzia la persistenza dell'alveolo post-estrattivo in zona V e VI sestante.

secondari, associati agli stadi precoci di malattia, mediante controlli periodici (Figg. 1a, 1b, 2a-2c)^{14,22,23}. Il segno maggiore di ONJ è l'esposizione dell'osso necrotico, che può essere presente o assente, associato o meno ai segni clinici minori, quali: gli accessi odontogeni associati o meno a fistole mucose e/o cutanee; la mobilità dentaria a rapida insorgenza; alterazioni sensoriali del nervo alveolare inferiore, la presenza di sequestri spontanei, il trisma e le tumefazioni dei tessuti molli. Tutti questi segni clinici possono essere associati a dolore.

Nel caso di sospetto, la diagnosi clinica va correlata alle indagini strumentali radiologiche; al momento l'ortopantomografia (OPT) e le radiografie endorali sono classificate come indagini di I livello, mentre la TC (sia spirale sia CBCT) è classificata come esame diagnostico radiologico di II livello, da riservare a casi dubbi o complessi e da associare eventualmente alla risonanza magnetica^{3,22}.

I segni radiologici da valutare principalmente sono riportati in Tab. 1.

c. Management odontoiatrico

Il management dei pazienti oncologici a rischio di ONJ riguarda non solo tutte le procedure odontoiatriche che hanno come obiettivo la rimozione di focolai infettivi, ma anche tutti i trattamenti odontoiatrici riabilitativi. Innanzitutto, sia le estrazioni semplici che complesse sono considerate "indicate" e necessarie se in presenza di focolai infettivi nei pazienti che assumono o hanno assunto farmaci ONJ-relati per il trattamento della patologia oncologica. Come precedentemente descritto, le avulsioni dentarie devono essere eseguite sotto profilassi antibiotica a largo spettro e andrà sempre ricercata la guarigione del sito chirurgico per prima intenzione attraverso l'esecuzione di lembi mucoperiosteali a spessore totale (si veda protocollo PROMaF). Inoltre, nei pazienti in terapia andrà valutata con l'oncologo l'eventuale sospensione della terapia (si veda Tab. 2).

| | Precoci | Tardivi |
|-----|--|---|
| OPT | - Ipsamento cresta alveolare e lamina dura - Persistenza alveolo post-estrattivo - Sequestro - Slargamento spazio parodontale | - Frattura patologica - Ipsamento canale NAI - Osteosclerosi diffusa - Radiopacità seno mascellare - Sequestro - Reazione periostale |
| TC | - Erosione corticale - Ipsamento cresta alveolare e lamina dura - Ipsamento trabecolare - Sclerosi midollare focale - Persistenza alveolo post-estrattivo - Sequestro - Slargamento spazio parodontale | - Fistola oro-antrale, oro-nasale, muco-cutanea - Frattura patologica - Ipsamento canale NAI - Osteolisi estesa del seno mascellare - Osteosclerosi diffusa - Sequestro - Reazione periostale - Sinusite |

Tab. 1 - Segni radiologici precoci e tardivi (da Raccomandazioni clinico-terapeutiche sull'osteonecrosi delle ossa mascellari associata a bisfosfonati e sua prevenzione. SICMF-SIPMO 2003).

| Molecola | Inizio sospensione | Ripresa terapia |
|------------------|--------------------|-------------------|
| Bisfosfonati | 7 giorni prima | 30-45 giorni dopo |
| Denosumab (AR) | 7 giorni prima | 30-45 giorni dopo |
| Bevacizumab (AA) | 40-50 giorni prima | 30-45 giorni dopo |
| Sunitinib (AA) | 7 giorni prima | 30-45 giorni dopo |

Tab. 2 - Periodo di sospensione della terapia farmacologica nel paziente oncologico da Protocollo Prevenzione e Ricerca sull'Osteonecrosi delle ossa Mascellari da Farmaci (PROMaF).

< pagina 13

Qualora la presenza di lesioni endodontiche e/o parodontali richiedano procedure chirurgiche (endodonzia retrograda e/o chirurgia parodontale), andrà assicurata una copertura ossea stabile con lembo mucoperiosteale per la chiusura primaria del sito e prescritta la profilassi medica.

Diversamente, tutte le procedure chirurgiche pre-implantari e implantari sono sempre "controindicate", in quanto il rischio che il paziente onco-ematologico possa incorrere in evento avverso è molto elevato e non c'è un rapporto costo-beneficio favorevole.

Tutte le manovre non invasive, come le terapie conservative ed endodontiche sono classificate come "indicata", mentre l'ortodonzia è una procedura "possibile", avendo l'accortezza di applicare forze deboli¹⁸.

Anche la realizzazione di manufatti protesici, sia fissi sia mobili, è una procedura "possibile"; nel caso di protesi fissa bisognerà rispettare con attenzione l'ampiezza biologica ed eventualmente ricercare una chiusura del manufatto protesico sopra-gengivale. Le protesi mobili, "possibili", dovranno essere costantemente rivalutate nel tempo durante le visite di controllo, per evitare che possano traumatizzare la mucosa orale creando decubiti¹⁸. Queste informazioni insieme ai protocolli terapeutici dell'ONJ sono state oggetto di un importante lavoro di consensus da parte di due società scientifiche italiane, la SIPMO (www.sipmo.it) e la SICMF (www.sicmf.org), che è approdato nella stesura della versione 1.1. delle raccomandazioni per ONJ, scaricabile gratuitamente al link <http://www.sipmo.it/raccomandazioni-clinico-terapeutiche-sullosteonecrosi-delle-ossa-mascellari-associata-a-bisfosfonati-e-sua-prevenzione>¹⁹.

Ad oggi, lo stesso gruppo di lavoro sta studiando la versione 2.0, insieme a un progetto di aggiornamento sul territorio nazionale in collaborazione con CAO.

Parallelamente, il Settore di ricerca in Medicina orale di Palermo è sempre stato attento al problema dell'ONJ, sia attraverso la collaborazione con la SIPMO sia con lo sviluppo del protocollo PROMaB (Prevenzione e Ricerca sull'Osteonecrosi delle Ossa Mascellari da Bisfosfonati), e poi con il percorso PROMaF (Prevenzione e Ricerca sull'Osteonecrosi delle Ossa Mascellari da Farmaci), all'interno dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone" di Palermo¹⁹.

Ulteriore prodotto di questo impegno è rappresentato dalla creazione del portale web OnOff (<http://onoff.sipmo.it/>) nato dall'idea

della prof.ssa Giuseppina Campisi (AOUP "P. Giaccone", Palermo), del prof. Natale D'Alessandro (AOUP "P. Giaccone", Palermo), dal prof. Lorenzo Lo Muzio (presidente SIPMO) e della dott.ssa Olga di Fede (ricercatrice UNIPA), finalizzato alla raccolta di dati anamnestici, clinici e radiologici relativi ai pazienti affetti da osteonecrosi delle ossa mascellari associata all'utilizzo di farmaci. La raccolta dati potrà essere effettuata, in forma gratuita, in tutti i centri che ne faranno richiesta. Si tratta di un database dei casi di ONJ che permetterà di raccogliere i casi clinici di ONJ, e tutte le variabili associate all'evento avverso, collaborando così con l'AIFA per la segnalazione dei nuovi casi. La realizzazione di questo progetto permetterà di potere abbattere i bias

derivanti da un'imprecisa raccolta di dati relativi a questa emergente e severa patologia, determinando un maggior controllo dell'incidenza dei nuovi casi e un rapido sistema di second opinion per il management.

Inoltre, recentemente è stata rilasciata l'app DoctOral, gratuita e disponibile sia per sistemi iOS (su iTunes) che Android (su Google Play), in grado di fornire agli operatori del settore sanitario e agli studenti di medicina e di odontoiatria, un percorso guidato non solo per la gestione odontoiatrica del paziente a rischio di osteonecrosi delle ossa mascellari farmaco-relata, ma anche per il riconoscimento di lesioni del cavo orale.

Home message

Nonostante l'ONJ sia una patologia

severa e debilitante, si sono fatti grandi passi avanti nella sua cura e prevenzione. Per questo, non si può più pensare di evitare i trattamenti nei pazienti in cura con farmaci associati alla ONJ. È compito di tutti gli odontoiatri e professionisti della salute orale assicurare un'efficace comunicazione con il paziente e una valida collaborazione con i medici prescrittori al fine di prevenire tutte le complicanze legate all'osteonecrosi delle ossa mascellari, che possono e devono essere al più evitate. Se si crede che l'odontoiatria sia una disciplina importante per la salute generale del paziente, l'odontoiatra non può non fare la sua parte al servizio della sanità generale.

L'articolo è stato pubblicato su *Implants Italian Edition*, luglio 2016.

bibliografia

- Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronic acid (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg*. 2005 Sep;63(9):1115-17.
- Ministero della salute. Raccomandazioni per la promozione della salute orale, la prevenzione delle patologie orali e la terapia odontostomatologica nei pazienti adulti con malattia neoplastica. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2159_allegato.pdf.
- Ruggiero SL, Dodson TB, Fantasia J, Goodday R, Aghaloo T, Mehrotra B, O'Ryan F. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw—2014 update. *J Oral Maxillofac Surg*. 2014 Oct;72(10):1958-56. doi: 10.1016/j.joms.2014.04.051.
- Kyrgidis A, Teleiou Z, et al. (2010). Denosumab-related osteonecrosis of the jaws. *Osteoporos Int* 22(10): 569-570.
- Stopeck AT, Lipton A, et al. (2010). Denosumab compared with zoledronic acid for the treatment of bone metastases in patients with advanced breast cancer: a randomized, double-blind study. *J Clin Oncol* 28(35): 5132-5139.
- Saad F, Brown J, et al. (2012). Incidence, risk factors, and outcomes of osteonecrosis of the jaw: integrated analysis from three blinded active-controlled phase III trials in cancer patients with bone metastases. *Ann Oncol* 23(5): 1541-7.
- AIFA (2010-a). Nota informativa importante su Avastin (bevacizumab) del 30/11/2010. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-informativa-importante-su-avastin-bevacizumab-del-30-11-2010>.
- Brunello A, Saia G, et al. (2009). Worsening of osteonecrosis of the jaw during treatment with sunitinib in a patient with metastatic renal cell carcinoma. *Bone* 44(1): 175-175.
- AIFA (2010-b). Nota informativa importante su Sunitinib (Sutent) del 30/11/2010. <http://www.agenziafarmaco.gov.it/it/content/nota-informativa-importante-su-sunitinib-sutent-del-30-11-2010>.
- Gianola F, Campisi G, Lo Russo L, Minzio L, Di Fede O. Osteonecrosis of the jaw related to everolimus and bisphosphonate: a unique case report? *Ann Stomatol (Roma)*. 2015 Oct 24;(Suppl 2):20-1. eCollection 2015. PubMed PMID: 24555782; PubMed Central PMCID: PMC5860225.
- Bodogni A, Campisi G, Fusco V, Agrillo A. Raccomandazioni clinico-terapeutiche sull'osteonecrosi delle ossa mascellari associate a bisfosfonati e sua prevenzione. SICMF - SIPMO. 2015.
- Fedele S, Kumar N, et al. (2009). Dental management of patients at risk of osteonecrosis of the jaws: a critical review. *Oral Dis* 15(8): 527-537.
- Ruggiero S, L., Dodson T, B., et al. (2009). American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws—2009 update. *J Oral Maxillofac Surg* 67(5 Suppl): 2-12.
- Campisi G, Fedele S, Fusco V, Pizzo G, Di Fede O, Bodogni A. Epidemiology, clinical manifestations, risk reduction and treatment strategies of jaw osteonecrosis in cancer patients exposed to antiresorptive agents. *Future Oncol*. 2014 Feb;10(2):257-75. doi: 10.2217/fon.13.211. Review. PubMed PMID: 24490612.
- Dodson TB. The Frequency of Medication-related Osteonecrosis of the Jaw and its Associated Risk Factors. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2015 Nov;27(4):509-16. doi: 10.1016/j.coms.2015.06.005. Epub 2015 Sep 9. Review. PubMed PMID: 26562367.
- Kyrgidis A, Teleiou Z, et al. (2010). The role of dental hygienist in the prevention of osteonecrosis of the jaw in patients wearing dentures. *Int J Dent Hyg* 8(2): 154.
- Scully C, Kumar N, et al. (2010). Hot topics in special care dentistry: 9. Bisphosphonates. *Dent Update* 37(1): 65.
- Pernberton M, N. (2010). Osteonecrosis of the jaw. *Net on dental procedures*. *BMJ* 340: e1517.
- Lodi G, Sardella A, Salis A, Demarosi F, Tarozzi M, Carrasi A. Tooth extraction in patients taking intravenous bisphosphonates: a preventive protocol and case series. *J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Jan;68(1):107-10.
- Scoletta M, Arduino PG, Pol R, Arata V, Silvestri S, Chieochio A, Mozzi M. Initial experience on the outcome of teeth extractions in intravenous bisphosphonate-treated patients: a cautionary report. *J Oral Maxillofac Surg*. 2011 Feb;69(2):456-62.
- Protocollo PROMaF (Prevenzione e Ricerca sull'Osteonecrosi delle Ossa Mascellari da Farmaci). Dicembre 2014. <http://www.policlinico.pa.it/porta1/pdf/news/2014/PROMaF/PROMaFOperatoriSanitari-11c2014.pdf>.
- C. Bodogni A, Fedele S, Bodogni G, Scoletta M, Favia G, Colella G, Agrillo A, Bettini G, Di Fede O, Oteri G, Fusco V, Gabriele M, Ottolenghi L, Valsecchi S, Porter S, Petrucci M, Arduino P, D'Amato S, Ungari C, Fung Polly PL, Saia G, Campisi G. Staging of osteonecrosis of the jaw requires computed tomography for accurate definition of the extent of bony disease. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2014 Sep;52(7):605-8. doi: 10.1016/j.bjoms.2014.04.009. Epub 2014 May 22. PubMed PMID: 24856927.
- Fedele S, Bodogni G, Scoletta M, Favia G, Colella G, Agrillo A, Bettini G, Di Fede O, Oteri G, Fusco V, Gabriele M, Ottolenghi L, Valsecchi S, Porter S, Fung PP, Saia G, Campisi G, Bodogni A. Up to a quarter of patients with osteonecrosis of the jaw associated with antiresorptive agents remain undiagnosed. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2015 Jan;53(1):15-7. doi: 10.1016/j.bjoms.2014.09.001. Epub 2014 Oct 2. PubMed PMID: 25282593.

Un milione di italiani soffre di scompensi cardiaci

L'allarme lanciato da Federanziani ha l'obiettivo di far conoscere meglio la patologia in occasione della Settimana europea dello scompenso cardiaco, che si è conclusa il 10 maggio. L'Italia si è mobilitata grazie ai pazienti scompensati appartenenti ai Centri AISC dislocati sull'intero territorio nazionale i quali, per una settimana, hanno testimoniato l'importanza di fare rete, di essere bene informati e di seguire uno stile di vita basato sulla dieta mediterranea e sull'attività fisica.

Lo scompenso cardiaco, condizione in cui il cuore non riesce a pompare in modo soddisfacente il sangue nel resto dell'organismo, oggi colpisce in Italia oltre un milione di persone. Per diffondere la conoscenza della patologia e prevenirla, in occasione della Settimana europea dello scompenso cardiaco, l'AISC (Associazione Italiana Scompensati Cardiaci) ha lanciato una serie di iniziative di sensibilizzazione attraverso punti informativi sparsi sul territorio nazionale. In particolare a Roma, da piazza del Popolo, è partito un camper ambulatorio mobile che ha attraversato tutta l'Italia con medici e personale, i quali sono stati messi a disposizione del pubblico per dare tutte le informazioni utili, chiarire dubbi sullo scompenso cardiaco ed effettuare visite gratuite.

Il camper itinerante ha avuto come tappe Rieti, Siena, Firenze, Pavia, Foggia, Avezzano, Cassano delle Murge, Agropoli e Acciaroli, per fare poi ritorno a Roma l'8 maggio. L'iniziativa ha avuto il supporto incondizionato di Novartis, Medtronic e Bayer e il patrocinio non economico della Sapienza Università di Roma. «Come associazione di pazienti siamo orgogliosi di poter dare il nostro supporto a un'iniziativa che punta all'informazione della popolazione su una patologia così insidiosa come lo scompenso cardiaco» spiega il presidente AISC, Oberdan Vitali. «La diagnosi tempestiva è infatti fondamentale perché permette di prevenire, rallentare il disturbo o di svolgere una vita il più possibile normale. Per questo motivo, in occasione delle giornate europee dedicate alla patologia, abbiamo attivato tutti i nostri strumenti per diffondere in maniera capillare sul territorio una campagna di informazione e sensibilizzazione che parte proprio da chi ogni giorno con lo scompenso cardiaco ci

deve vivere. Abbiamo messo a disposizione di coloro che si sono recati presso i nostri punti informativi dei vademecum e l'esperienza sia dei nostri pazienti sia dei medici che hanno effettuato delle visite gratuite».

Sebbene lo scompenso cardiaco possa manifestarsi a qualunque età, è più frequente che faccia la sua comparsa in età avanzata, con un'incidenza progressivamente maggiore in relazione all'invecchiamento. Da qui nasce la sottovalutazione dei sintomi (tra cui stanchezza, spossatezza e affaticamento) molto spesso ricollegati semplicemente all'avanzare dell'età. «Invece il corpo non riceve l'ossigeno e il nutrimento necessari per funzionare normalmente e il cuore cerca di "arginare" questa mancanza con una misura temporanea, che maschera solo provvisoriamente lo scompenso. Ecco perché è fondamentale saper riconoscere per tempo la patologia e soprattutto prevenirla». Tra le varie tappe del tour da segnalare in particolare quella svolta ad Acciaroli (in provincia di Salerno) domenica 8 maggio, dove si è svolto un incontro/dibattito tra quattro centenari originari del Cilento e una delegazione di pazienti affetti da scompenso cardiaco. La scelta di Acciaroli è legata al fatto che questo spicchio di popolazione è conosciuto e studiato per avere un bassissimo tasso di problemi cardiaci e un alto tasso di longevità. Presso l'aeroporto di Catania, invece, si è svolto un evento dedicato alla dieta mediterranea con la dimostrazione pratica di uno chef, mentre a Rieti, oltre al camper, i cittadini hanno potuto avere screening e consultazioni gratuite.

